

## La stenosi aortica nel soggetto anziano

**Mauro Marin**  
Medico di medicina generale  
Pordenone, AIMEF

*In base all'aumentata prevalenza della valvulopatia degenerativa negli anziani, le linee guida raccomandano l'intervento di sostituzione valvolare sia nei pazienti sintomatici per angina, sincope o scompenso cardiaco, sia in gruppi selezionati di pazienti asintomatici. A tale approccio si affianca anche l'intervento per via percutanea*

**S**intomi di scompenso cardiaco, angina e/o sincope nel soggetto anziano devono fare sospettare la presenza di una stenosi aortica, comune valvulopatia acquisita a eziologia aterosclerotica o post-reumatica e più raramente congenita, che interessa il 4.6% degli ultrasessantacinquenni. La stenosi aortica comporta emodinamicamente un sovraccarico pressorio del ventricolo sinistro per aumentata resistenza dell'eiezione del sangue dal ventricolo all'aorta attraverso la valvola stenotica. Di conseguenza, il ventricolo sinistro sviluppa un'ipertrofia concentrica e in seguito un'insufficienza funzionale. Il sovraccarico pressorio è compensato dall'ipertrofia, che mantiene per anni una normale funzione ventricolare.

Poiché nella stenosi aortica la sistole atriale contribuisce maggiormente alla frazione di eiezione, la comparsa di fibrillazione atriale può indurre o aggravare lo scompenso cardiaco.

La diagnosi di stenosi aortica può essere avvalorata dal riscontro obiettivo di un polso radiale piccolo e tardo, un soffio mesosistolico apicale irradiato alle carotidi e una ridotta pressione arteriosa differenziale per diminuzione della pressione sistolica. Ma questi segni sono incostanti, specialmente nell'anziano con polipatologie.

L'ecocardiografia conferma la diagnosi, consente di valutare il gradiente pressorio transvalvolare, la frazione di eiezione ventricolare, l'area valvolare e l'eventuale coesistenza di insufficienza aortica.

In base a questi parametri è possibile stabilire anche per quali pazienti, pur ancora asintomatici, può essere indicato l'intervento di sostituzione valvolare, sebbene numerose evidenze

suggeriscano un atteggiamento conservativo nei pazienti asintomatici.

La prognosi dei pazienti con stenosi aortica sintomatica è severa: la durata media di vita in assenza di sostituzione valvolare è di 3-5 anni dopo insorgenza di angina pectoris, 2-3 anni dopo la prima sincope e 2 anni dopo il primo episodio di scompenso cardiaco. La mortalità dei pazienti sintomatici non trattati chirurgicamente è dell'80-90% a 10 anni.

### Intervento di sostituzione valvolare

In base a questi dati l'American College of Cardiology e l'American Heart Association (ACC/AHA) hanno raccomandato l'intervento di sostituzione valvolare nei pazienti sintomatici per angina, sincope o scompenso cardiaco e nei pazienti asintomatici con disfunzione sistolica sinistra rilevabile mediante test eco-dobutamina.

Ulteriore indicazione è stata posta nei pazienti asintomatici con elettrocardiogramma da sforzo positivo. L'angina infatti può comparire nei pazienti con stenosi aortica anche in assenza di stenosi coronariche aterosclerotiche che possono essere escluse mediante coronarografia. Il rischio individuale dell'intervento di sostituzione valvolare può essere calcolato online mediante l'Euroscore ([www.euroscore.org](http://www.euroscore.org)).

Controindicazioni principali all'intervento sono le condizioni cliniche generali scadenti, un'aspettativa di vita inferiore a un anno, insufficienza renale o epatica, eventi cerebrovascolari, ridotta riserva cardiocircolatoria per coronaropatia o broncopneumopatia cronica ostruttiva, sepsi, endocardite, fibrillazione atriale, tromboembolie, diatesi emorragica, aneu-

risma aortico, condizioni che rendono impossibile la circolazione extracorporea o l'approccio chirurgico sternale per interventi progressi.

### Alternativa per via percutanea

Un terzo dei pazienti anziani con stenosi aortica e comorbilità proposti per l'intervento chirurgico standard di sostituzione valvolare con protesi meccaniche o biologiche vengono tuttavia rifiutati dal cardiocirurgo per l'alto rischio operatorio. Per essi è disponibile l'opzione alternativa di impianto valvolare per via percutanea di bioprotesi aortica di pericardio porcino montata su stent al nitinolo autoespandibile, caratterizzato da un rischio operatorio minore (ma anche da una durata della protesi minore).

I pazienti sottoposti a intervento di sostituzione valvolare aortica con protesi meccanica presentano una sopravvivenza a 10 anni del 70%, ma vanno monitorati per il rischio post-chirurgico di tromboembolie, emorragie da terapia anticoagulante orale e complicanze correlate alla protesi valvolare.

Tutti i pazienti portatori di stenosi aortica devono ricevere un trattamento antibiotico per la prevenzione dell'endocardite in previsione di interventi odontoiatrici, chirurgici o diagnostici invasivi. I pazienti asintomatici con stenosi aortica devono essere monitorati clinicamente e strumentalmente almeno con frequenza annuale.

### BIBLIOGRAFIA

- ACC/AHA Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 1486-1588.
- Alexander KP et al. *J Am Cardiol* 2000; 35: 731-38.
- Grube E et al. *Circulation* 2006; 114: 1616-24.
- Jung B et al. *Eur Heart J* 2005; 26: 2714-20.
- Nkomo VT et al. *Lancet* 2006; 368: 1005-11.
- Otto D. *Heart* 2000; 84: 211-18.
- Pellikka PA et al. *J Am Coll Cardiol* 1990; 15: 1012-7.